

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 36

L'ISOPROPYLPROPÉNYLBARBITURATE D'AMIDOPYRINE (ALLONAL) EN NEURO-PSYCHIATRIE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 décembre 1925

PAR

Henri MOUNOT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHATELAUDREN (Côtes-du-Nord), le 13 août 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	{	Président.
		RÉCHOU, professeur.....		Juges.
		PERRENS, agrégé.....		
		JEANNENEY, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTES
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 36

L'ISOPROPYLPROPÉNYLBARBITURATE D'AMIDOPYRINE (ALLONAL) EN NEURO-PSYCHIATRIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 décembre 1925

PAR

Henri MOUNOT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHATELAUDREN (Côtes-du-Nord), le 13 août 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	Président.
		RÉCHOU, professeur.....	Juges.
		PERRENS, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTES

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — GARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGÈS (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY.
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PÉRY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.

Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.

Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRENS

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin chef de l'Asile d'aliénés de Bordeaux,
Décoré de la Croix de guerre.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

Professeur de pathologie et thérapeutique générales,

Médecin des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Croix de guerre.

Officier de l'Instruction publique.

L'ISOPROPYLPROPÉNYLBARBITURATE

D'AMIDOPYRINE

(ALLONAL)

EN NEURO-PSYCHIATRIE

Les habitants de la Grèce antique comparèrent le sommeil à une mort transitoire. Mais, comme ce qui peut effrayer dans la mort, c'est son caractère définitif, les anciens, loin de craindre le sommeil, le firent relever de Morphée, divinité aimable et bienfaisante. Homère nous affirme que les héros retrouvaient en dormant la force nécessaire à de nouveaux combats, cependant que leurs rêves leur transmettaient les volontés des dieux.

Bien que la civilisation ait arraché aux hommes une grande partie de leurs croyances, si nous ne nous inspirons plus guère de nos rêves pour guider notre conduite, nous n'en apprécions pas moins la valeur du sommeil, parce que nous en connaissons mieux la nécessité.

« Le sommeil, dit Laulanié, est l'interruption provisoire et périodique de toutes les fonctions de la vie de relation. »

L'accord est loin d'être fait sur les causes qui l'engendrent et nombreuses sont les théories que l'on a forgées pour l'expliquer. Dickson l'attribua à une stase veineuse provoquant une compression de l'encéphale; Sommer a prétendu que, pendant

le repos, le cerveau emmagasinait de l'oxygène, lequel, peu à peu, se consumait pendant la veille; Obersteiner, enfin, comparant l'activité du cerveau à celle des muscles plus facile à explorer, fait intervenir une accumulation d'acide lactique ou sarcolactique.

Le mécanisme histologique du sommeil a été décrit de la façon suivante : la cellule cérébrale, comme toutes les cellules nerveuses, serait pourvue d'expansions protoplasmiques destinées à se mettre en connexion avec les expansions des cellules voisines. Pour une raison encore inconnue : défaut d'oxygène, accumulation d'acide lactique ou sarcolactique, action médicamenteuse — ou autre — les pseudopodes se rétractent et la matière cérébrale se trouve réduite à une masse de cellules fonctionnellement isolées les unes des autres.

Mais, s'il n'est que des hypothèses sur l'origine du sommeil, tous les avis s'accordent sur sa nécessité : le sommeil est un besoin impérieux et l'homme, pas plus qu'aucun être vivant, ne saurait s'y soustraire. Hammond rapporte que, par un dernier raffinement de cruauté, les tortionnaires voulaient vouer leurs prisonniers à une insomnie complète. Ceux-ci mouraient rapidement, encore s'endormaient-ils parfois sur la roue de torture. Manacéine a observé qu'il était possible de sauver, après vingt-cinq jours de jeûne, des chiens ayant perdu la moitié de leur poids, tandis qu'une insomnie absolue les tue en une centaine d'heures. Aussi considérerons-nous comme anormal le cas, récemment relaté par les quotidiens, de ce Hollandais qui resta vingt-huit jours sans manger ni dormir.

L'état de repos qui accompagne le sommeil est d'une importance spéciale en permettant que, dans l'organisme, la nutrition des tissus continue plus active et plus rapide que sa destruction. Mais cette importance s'attache surtout à la réparation de la matière cérébrale car, même lorsque nous sommes le plus éveillés, nos organes obtiennent tous un temps notable de repos : une contraction et une dilatation du cœur sont suivies d'un temps d'arrêt; l'acte respiratoire peut être divisé en trois temps, dont l'un d'inactivité; tandis que, pendant la veille,

nous ne connaissons au fonctionnement du cerveau aucune intermittence.

C'est pourquoi, si l'insomnie amène dans l'organisme des désordres très graves, ces désordres s'accusent particulièrement sur l'état mental.

Patrick et Gilbert nous donnent des précisions à ce sujet : « L'insomnie, disent les auteurs, dura quatre-vingt-dix heures. L'expérience portait sur des médecins. L'un d'eux, à partir de la deuxième nuit, présenta des hallucinations de la vue. Il voyait le parquet couvert de particules mouvantes; l'illusion était assez intense pour qu'il levât le pied pour le poser sur la couche ainsi formée. Plus tard, l'air fut rempli de particules, il voyait des essaims de mouches rouges et noirs qu'il s'efforçait parfois d'attraper. » Il y a lieu d'ajouter que les hallucinations ne se déplaçant pas avec le mouvement des yeux, les auteurs admettent qu'elles étaient d'origine centrale.

Aussi avancerons-nous, sans toutefois oser l'affirmer, que si les maladies nerveuses et mentales se font de plus en plus fréquentes et de plus en plus graves à mesure que progresse la civilisation, il faudrait en rechercher une cause dans le dérèglement actuel, nécessaire ou volontaire, du sommeil.

La nécessité nous apparaît donc impérieuse de combattre l'insomnie et plus particulièrement dans les maladies mentales où elle constitue un symptôme à peu près constant; mais il est indispensable d'en rechercher les causes avant d'en aborder le traitement.

Les causes de l'insomnie sont très variées et parfois en opposition apparente : l'anémie grave entraîne soit le sommeil, soit l'insomnie. Dans certains cas, l'hémorragie est suivie d'abattement et de sommeil calme; dans d'autres, la même perte de sang produit une excitation intense et l'insomnie. Le froid peut entraîner la perte du sommeil par la légère congestion qui suit la contraction des vaisseaux périphériques. Quoiqu'il en soit de ces contradictions, les causes de l'insomnie se ramènent, d'après Montagnac, à un état d'éréthisme de la cellule nerveuse.

Les essais de classification sont nombreux. Willemin divisait en trois classes les causes de l'insomnie :

1° Congestion active du cerveau entretenant l'activité des cellules;

2° Persistance d'activité des éléments nerveux sous l'influence d'une excitation interne ou externe;

3° Etat d'éréthisme nerveux coïncidant avec l'anémie générale provoquant une modification des éléments nerveux eux-mêmes.

Avec Montagnac, nous nous arrêterons à la classification suivante, à peu près conforme, d'ailleurs, à celle de Martinet :

1° Insomnies par troubles du système nerveux :

A. — Troubles des nerfs sensitifs : douleur;

B. — Troubles des centres nerveux : fortes émotions, passions, chagrins.

2° Insomnies par troubles des fonctions psychiques :

A. — Maladies mentales *sine materia*, c'est-à-dire sans lésion connue;

B. — Troubles organiques, maladies mentales à lésions connues (paralyse générale, lésions en foyers)...

3° Insomnies par troubles du système circulatoire et congestion passive du cerveau.

Nous disposons, pour combattre l'insomnie, de moyens physiques et d'agents chimiques.

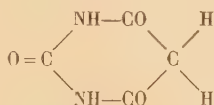
Les moyens physiques : isolement, bains, enveloppements humides, frictions et massages, ne peuvent être employés que dans les cas légers et se montrent souvent insuffisants.

Les agents chimiques comprennent les médicaments groupés sous le nom d'hypnotiques. Un bon hypnotique est celui qui agit rapidement, s'élimine de même, procure un sommeil calme et réparateur et permet au sujet de retrouver la totalité de ses fonctions cérébrales après un réveil rapide et facile. Si, au contraire, le malade s'endort lentement, si l'action se prolonge dans la matinée avec impotence cérébrale et abrutisse-

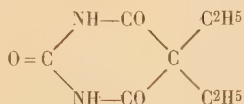
ment, l'effet doit être considéré comme plus narcotique qu'hypnotique. Il faut, en outre, tenir compte de l'action du médicament sur les autres organes, et, en particulier, sur l'appareil circulatoire, sur l'estomac et sur le rein.

Le grand nombre des hypnotiques utilisés jusqu'à ce jour est une preuve de l'imperfection de chacun d'eux. Après le chloral, dont on doit redouter l'action dépressive sur la circulation (Hamel), le chloretone, dangereux par sa grande toxicité, les sulfonés dont le sommeil est souvent précédé d'hallucinations et suivi de paresse intellectuelle (Hamel), l'opium et la morphine qui sont de véritables poisons du système nerveux; un grand progrès fut accompli par l'étude des composés de la série uréique.

En partant de l'acide barbiturique :



et l'acide diéthylbarbiturique :



les recherches poursuivies par le docteur Redonnet dans le laboratoire du professeur Clœtta, à Zurich, ont abouti à l'étude de deux corps qui avaient retenu particulièrement son attention :

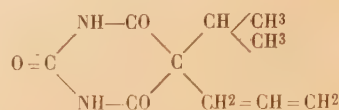
1° Une solution à parties égales de :

diéthylbarbiturate de diéthylamine,

isopropylpropénylbarbiturate de diéthylamine.

dans l'eau glycinée alcoolisée, solution actuellement spécialisée sous le nom de somnifène et dont on connaît la valeur hypnogène;

2° L'acide isopropylpropénylbarbiturique



dont de nombreuses expériences démontrèrent l'activité. On trouvera dans les tableaux ci-joints l'essentiel des résultats obtenus :

1° Acide isopropylpropénylbarbiturique :

Animal et voie d'administration	Début	Sommeil profond	Dose létale
—	—	—	—
Cobaye (intrapéritonéale) . .	0,02	0,033	0,83
Lapin (buccale)	0,04	0,045	0,140
Chien : 1° buccale	0,025	0,025	
2° sous-cutanée		0,018	

2° Détermination de la dose minima efficace chez le chien par injection intraveineuse :

Dose par kg.	Apparition du sommeil	Durée du sommeil	Observations
—	—	—	—
0,03	15 minutes	5 h. 1/2	sommeil profond.
0,0275	40 minutes	1 h. 1/2	pendant 1 h. environ, sommeil profond.
0,025	25 minutes	1 h. 1/2	1/2 h. de sommeil profond.
0,020	90 minutes	70 minutes	sommeil léger, réveil par appel ou pincement.

3° Tableau contenant le rapport de l'efficacité des divers corps de la série uréique étudiés dans les mêmes conditions, l'activité de l'acide diéthylbarbiturique étant prise pour unité :

Produits	Dose hypnotique par kg. de chien	Efficacité
Acide diéthylbarbiturique..	11 centigr.	1
Acide diéthylbarbiturique (sel sodique)	18 centigr.	0,7
Acide diallylbarbiturique..	3 centigr.	3,7
Acide isopropylpropénylbarbiturique (sel sodique)	2 ctg. 7	4
Acide isopropylpropénylbarbiturique	2 ctg. 5	4,4

Mais, si l'acide isopropylpropénylbarbiturique et le somnifène sont des hypnogènes très efficaces, ils ne sauraient répondre à tous les besoins de la thérapeutique. Nous avons vu que, parmi les causes de l'insomnie, se placent l'agitation et la douleur. Employés à fortes doses, les hypnotiques dont nous venons de parler « sont capables d'amener un état d'hypnose assez marqué pour que le malade n'ait plus de réactions traduisant la souffrance, mais ces fortes doses ne sont pas toujours employées sans inconvénients » (Mallein-Guérin). Il est évident qu'il sera nécessaire d'une dose plus faible pour provoquer le sommeil si l'on donne au malade, en même temps que l'hypnotique, un sédatif de l'excitation et de la douleur, dans les cas, bien entendu, où celles-ci figurent parmi les causes de l'insomnie. Le sédatif mettra le sujet en état de céder plus facilement aux sollicitations de l'hypnotique. Après plusieurs tentatives, on a obtenu, par fusion d'une molécule d'amidopyrine avec une molécule d'acide isopropylpropénylbarbiturique, une combinaison, définie de couleur jaune clair, à point de fusion constant à 95°5 : l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine spécialisé sous le nom d'allonal.

L'étude de ce médicament a été faite à la clinique psychiatrique de Lille par Combemale, Courteville et Nayrac; en Amérique, par Burns, Sidney-Kuh et F.-J. Gerty; nous nous sommes efforcé de rechercher les résultats qu'il était permis d'en attendre, particulièrement dans le domaine de la neuropsychiatrie.

1° OBSERVATIONS DE NEUROLOGIE

OBSERVATION I.

(PETITEAU.)

Marcel R... est subitement pris d'une violente douleur névralgique le faisant horriblement souffrir, immobilisant tout le bras gauche et s'irradiant dans l'hémithorax correspondant. On lui fait prendre un comprimé d'allonal. Vingt minutes après, la douleur s'atténue et au bout d'une demi-heure a complètement disparu. Nous donnons au malade un comprimé qu'il devra prendre le soir au coucher. Le lendemain, il nous déclare avoir passé une nuit excellente, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours.

OBSERVATION II.

(MALLEIN-GUÉRIN.)

Mme R..., 74 ans. En 1911, amputation du sein droit et curage de l'aisselle pour tumeur. Aucune récidive pendant neuf ans. En 1920, apparition d'œdème de la main droite, lequel cède après trois séances de radiothérapie. Depuis 1921, apparition de noyaux cutanés au niveau du bras et de la cicatrice avec tendance à l'ulcération. Gros œdème du membre supérieur. Douleurs continues avec exacerbation nocturne empêchant la malade de dormir. L'opium et la belladone n'ont qu'une action transitoire et les doses doivent être rapidement augmentées. En 1923, nous donnons à la malade du somnifène : XXX gouttes procurent le sommeil au bout d'une demi-heure, mais la malade se réveille dans la nuit parce qu'elle souffre; elle se rendort

d'ailleurs. Peu à peu, les noyaux se multiplient, apparaissent dans le dos. Les douleurs sont violentes même le jour; le sommeil est très compromis. En janvier 1924, nous faisons prendre à la malade un comprimé de 0 gr. 16 d'allonal. Le lendemain, la dose est doublée et absorbée à 19 heures. A 20 h. 30 la malade s'endort et s'éveille vers minuit. La dose est continuée. Au bout de trois jours, le sommeil est obtenu en une demi-heure, la malade dort pendant huit à neuf heures. Ses douleurs sont bien moins violentes même dans la journée. On n'a noté aucun phénomène d'intolérance; la malade se trouve cependant dans un état de cachexie avancée.

OBSERVATION III.

(SYDNEY-KUH.)

La malade est atteinte de névralgie faciale. Elle souffrait depuis huit ans; on l'avait traitée par injections d'alcool. Les premières amenèrent quelque soulagement, mais les suivantes n'eurent aucun effet marqué. La morphine endormait la douleur mais ne la jugulait pas complètement. La patiente en cessa l'emploi. Comme palliatif, en attendant qu'une opération pût être tentée, on employa l'allonal. Les résultats furent remarquables à des doses relativement faibles : deux à trois comprimés apportent un soulagement presque complet et procurent un sommeil d'une durée de huit heures.

OBSERVATION IV.

(KORNFELD.)

Mme J. C... se présente souffrant du côté droit de la tête. La douleur s'irradie dans les régions temporale, frontale et sous-orbitaire. Un spécialiste consulté ne put trouver la cause de la douleur, prescrivit un calmant et conseilla à la malade d'aller voir un dentiste. La radiographie ne décèle rien. La pression montre un point douloureux au niveau de l'alvéole d'une incisive et également sur la voûte palatine. On prescrit deux comprimés d'allonal au coucher; la malade dort toute la nuit pour la première fois depuis trois

mois. La douleur diminue le lendemain mais redevient violente vers le soir. Un seul comprimé d'allonal procure une nuit excellente à la malade qui est, le lendemain, complètement soulagée. Aucun retour de la douleur au moment où nous rédigeons cette observation (six semaines après).

OBSERVATION V.

(Personnelle. Service du docteur CASSAET.)

Le malade entre à l'hôpital le 31 décembre 1924, se plaignant de céphalées violentes. La maladie débute vers le fin de septembre. La céphalée apparaît brusquement sans cause apparente, d'abord peu intense mais continue avec des paroxysmes. La douleur atteint son maximum pendant la nuit interdisant au malade tout sommeil. Les crises paroxystiques ont une durée de trois ou quatre heures. La céphalée reste localisée à la région fronto-pariétale droite et n'envahit jamais les régions voisines. Au cours de ses crises douloureuses, le malade se plaint parfois de nausées (mais jamais ne vomit), de bourdonnements d'oreilles et d'éblouissements. Pas de diplopie, pas d'ophtalmoplégie, diminution de l'acuité visuelle. Pas de paralysie des muscles des paupières ni des yeux. Inégalité pupillaire très marquée : pupille droite dilatée. Aucun signe de stase papillaire. Antécédents personnels : en 1903, chancre unique, petit et dur, probablement spécifique. Le malade n'a présenté aucun accident secondaire. Il a, quatre ans après, un enfant né à terme; sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Examen le 5 novembre 1925 : bon état général, conservation des forces, pas de température. Pouls à 90.

Système nerveux : la céphalée est actuellement caractérisée par une sensation de tiraillement localisée à la région fronto-pariétale droite. La palpation et la percussion ne sont pas douloureuses. Pas de points douloureux à la face; pas de suppuration des oreilles ni du nez. Aucun trouble de la sensibilité objective. Légère asymétrie faciale: la commissure labiale gauche est abaissée; déviation oblique-ovale sans déviation de la pointe de la langue.

Du côté des membres, pas de paralysie, pas de contracture. Réflexes rotuliens et achilléens abolis des deux côtés. Pas de Romberg. Aux membres supérieurs, les réflexes sont normaux. Pas de troubles des sphincters.

Appareil cardio-vasculaire : le second bruit est nettement claqué. Tension au Pachon : T. Mx. 20, Mm. 11,5, Io. 4. Artère radiale légèrement scléreuse.

Appareil urinaire : rien à signaler. Réaction de Bordet-Wasserman franchement positive dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien, réaction négative, pas de modification de la formule cytologique, pas d'albuminose.

L'allonal est donné au malade, mais à heures irrégulières au début des crises douloureuses. Ces crises avortent et toute douleur a disparu au bout d'un quart d'heure, environ. La nuit, le sommeil est calme, et à plusieurs reprises l'infirmier de la salle doit réveiller le malade à l'heure du petit déjeuner. Le traitement par l'allonal est suspendu et les douleurs recommencent, intolérables, rendant de nouveau tout sommeil impossible. L'allonal est repris et est actuellement continué avec le même succès que précédemment.

OBSERVATION VI.

(Personnelle. Service du professeur CARLES.)

D. G..., 63 ans, entre à l'hôpital le 8 juillet 1925 parce qu'il souffre de douleurs au niveau des membres inférieurs. Il y a environ un mois et demi, le malade qui, jusque-là, exerçait le métier de manœuvre et transportait constamment des poids considérables, s'aperçoit d'une faiblesse au niveau des membres inférieurs, intéressant surtout la jambe gauche. La nuit, il est réveillé par des douleurs spontanées commençant par la région fessière gauche et suivant tout le trajet du membre inférieur, à la face postérieure. Pendant le jour, la douleur est moins vive. Le malade éprouve une sensation de raideur. Il continue à travailler, mais, sept jours plus tard, en se déchaussant, le contact du pied gauche avec le sol provoque des douleurs très vives avec irradiations dans la fesse. Le

malade s'alite; les mêmes douleurs sont alors ressenties dans le membre inférieur droit, moins intenses cependant. Dans les antécédents, on note un séjour de huit ans aux colonies, une atteinte de paludisme et, en 1916, un traumatisme : au cours d'un déchargement, une caisse lui tombe sur l'épaule droite. D. G... tombe et bute fortement du genou gauche contre une roue de charrette. On note également des douleurs rhumatismales à siège variable, apparaissant à intervalles irréguliers depuis une trentaine d'années. Pas de crise de rhumatisme articulaire aigu. Aucun antécédent vénérien. Le malade a eu trois enfants : le premier né à terme, mort à 11 jours; le second mort-né (présentation vicieuse); le troisième mort à six mois. Sa femme est morte de bacillose pulmonaire. Son frère est mort à 80 ans, paralysé depuis quatre ans des membres inférieurs.

A l'examen, les douleurs précédemment décrites se révèlent par le fait que le malade immobilise complètement ses membres inférieurs. Raideur très marquée. Ses mouvements actifs et passifs sont très limités, surtout à gauche où il est impossible de provoquer le moindre mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse. Le plus petit mouvement produit des douleurs intolérables. Atrophie surtout marquée du côté gauche et se traduisant à la mensuration par une différence de diamètre de 4 centimètres à l'avantage de la cuisse droite. Réflexes normaux; pas de Babinski. Sensibilité subjective : douleurs spontanées très violentes empêchant tout sommeil, douleurs provoquées par la pression au niveau des points de Walleix, surtout violents au niveau des points péronniers, et plus intenses à gauche. Signe de Lasègue positif. Sensibilité objective : Sensibilité à la piquûre à peu près abolie non seulement au niveau des membres inférieurs mais encore de l'abdomen et du thorax, sensibilité thermique à peu près abolie.

Aux membres supérieurs : tremblement intentionnel des extrémités, très rapide et de faible amplitude. Le malade se plaint en outre de céphalée localisée à la région temporo-orbitaire. Appareil circulatoire : pouls un peu ralenti. Tension au Pachon : Tmx. 18; Tmn. 9. Appareil urinaire : pollakiurie nocturne (9 à 10 fois), sans polyurie. Toucher rectal : prostate de la grosseur d'une mandarine.

Radio : déviation de la colonne lombaire avec déformation des corps vertébraux.

Le malade est traité par l'allonal, à la dose de trois comprimés par vingt-quatre heures. Dès la première nuit, le malade repose quelques heures et, le lendemain, il constate une diminution de ses douleurs qui lui permettent déjà quelques mouvements des membres inférieurs. Le traitement est continué, le sommeil reste assez bon, l'amélioration se maintient.

OBSERVATION VII.

(Personnelle.)

Mlle Marguerite L., 43 ans, présente des brûlures du deuxième degré très étendues, siégeant à la jambe droite, dont elles occupent toute la partie antéro-interne, du genou jusqu'à la malléole. Elles s'étendent, en outre, sur le cou et sur la face antérieure du pied. Au niveau de la malléole : suppuration abondante sur une étendue de la largeur de la main. La brûlure a été produite par de l'essence de térébenthine enflammée. Au moment où nous voyons la malade, l'accident remonte déjà à une semaine. Elle souffre beaucoup quand on lui fait ses pansements et passe presque toutes les nuits à crier, réveille ses parents et les oblige à se lever plusieurs fois. Nous donnons de l'allonal, à la dose de un comprimé par vingt-quatre heures, à 8 heures du soir. La malade repose calmement toute la nuit. Le lendemain, elle déclare n'avoir pas souffert. Le médicament est continué pendant une semaine avec le même succès. Puis le traitement est suspendu pendant trois jours. La malade dort la première nuit et recommence à souffrir les nuits suivantes. L'allonal est repris et continué jusqu'à guérison (un mois), à même dose et avec même succès.

OBSERVATION VIII.

(Personnelle. Service du professeur CARLES.)

S. C..., 73 ans. La malade entre à l'hôpital pour hémiplegie gauche. Le 4 novembre elle est tombée dans la rue en allant chercher

de l'eau et sans avoir été prévenue par aucun malaise. Elle dit avoir été prise brusquement de vertiges, mais n'avoir pas perdu connaissance. On la transporte à l'hôpital. Elle est à ce moment incapable de tout mouvement des membres gauches. A l'heure actuelle, elle peut les mouvoir un peu. Elle ne peut étendre le bras verticalement ni serrer la main. A la jambe, la motilité a été récupérée en grande partie. Légère atrophie de la jambe gauche. La malade se plaint de céphalées intenses et de douleurs violentes sur tout le trajet du sciatique qui causent une insomnie violente. Douleur provoquée par la pression au point d'émergence du sciatique. On prescrit le traitement par l'allonal à la dose de deux comprimés. Le sommeil revient, assez calme, mais les douleurs persistent dans la journée. La dose d'allonal est alors portée à trois comprimés de 0 gr. 16. Le sommeil reste calme et les douleurs diminuent sensiblement d'intensité.

OBSERVATION IX.

(Personnelle.)

Marie C..., 68 ans, souffre d'une crise de sciatique, maladie pour laquelle elle a déjà été traitée plusieurs fois. Douleurs provoquées par la pression aux points de Walleix; impossibilité de provoquer le moindre mouvement de flexion de la jambe droite sur la cuisse sans réveiller, d'atroces douleurs. Les douleurs sont surtout violentes la nuit et empêchent le sommeil. Les pointes de feu appliquées à plusieurs reprises n'ont amené aucune sédation. La malade, dont l'état général est assez mauvais, tolère très mal les médicaments : salicylate, aspirine, antipyrine sont successivement essayés sans pouvoir être continués à cause des vomissements qu'ils provoquent. Nous devons lui faire une piqûre de morphine de 0 gr. 03 par vingt-quatre heures; on obtient une faible sédation d'environ une heure, pendant laquelle la malade est plongée dans un état de torpeur. Nous donnons de l'allonal à la dose de trois comprimés par jour. Les douleurs, sans disparaître, s'atténuent considérablement. La malade a des nuits calmes et dort plusieurs heures.

OBSERVATION X.

(Personnelle. Service du docteur CASSAET.)

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs thoraciques sur la partie latérale du côté gauche.

La malade qui a un Wasserman franchement positif a déjà été soignée à plusieurs reprises pour des accidents spécifiques. Une première fois, en 1919, la malade éprouve des douleurs dans la région lombaire, comparables à des sensations de déchirures et de torsion survenant comme des décharges électriques, non irradiées. Cette crise, d'une durée de un mois, est traitée par une série de piqûres (?). En 1920, nouveaux accès douloureux irradiés cette fois dans l'abdomen, provoquant coliques et vomissements. La malade restait plusieurs jours sans manger. Même point de départ, même caractère des douleurs. Série de piqûres au N. A. B. Amélioration.

Deux autres accès semblables surviennent : l'un en 1923, l'autre en septembre 1925, pour lequel la malade est actuellement dans le service. Antécédents personnels : varicelle (?), chorée de Sydenham de 11 à 13 ans. Bien réglée depuis l'âge de 15 ans (elle en a actuellement 45), deux fausses couches de deux mois, puis quatre enfants bien portants. A 22 ans, rhumatismes généralisés nécessitant une hospitalisation de deux mois. Actuellement, pas de fièvre, pouls à 84, égal et régulier. Douleur continue et violente dans la moitié inférieure gauche du thorax; douleurs en ceinture avec sensation de torsion. Sensation de brûlure à l'estomac; vomissements dès que la malade a absorbé un aliment, même liquide.

Le sommeil est nul, rendu impossible par les douleurs. Nous donnons de l'allonal à la dose de deux comprimés de 0 gr. 16 deux heures après le repas du soir. La malade est soumise à une nouvelle série de piqûres. Dès le premier soir, le sommeil est calme et dure six heures; dans la journée du lendemain, la malade déclare que ses douleurs ont à peu près disparu; elle absorbe et garde du bouillon. Pour discerner l'action de l'allonal de celle du traitement spécifique, nous suspendons le traitement pendant deux jours; la malade continue à conserver le bouillon qu'elle prend, mais la nuit se passe sans sommeil et les douleurs redeviennent plus intenses,

2° OBSERVATIONS DE PSYCHIATRIE

OBSERVATION XI.

(COMBEMALE.)

Angèle M..., 42 ans. Psychose maniaque mélancolique, deuxième accès de manie; agitation incohérente; crie toute la nuit. Allonal, 0 gr. 10 le soir : cinq heures de sommeil la première nuit, puis huit heures les nuits suivantes.

OBSERVATION XII.

(COURTEVILLE.)

Elise B..., 45 ans. Mélancolie anxieuse; tendances accusées au suicide. Nuits agitées; la malade cherchant constamment à tromper la surveillance pour s'enfuir. Allonal : 0 gr. 10. Nuits calmes.

OBSERVATION XIII.

(NAYRAC.)

Aimée L..., 35 ans. Mélancolie anxieuse; réactions pantophobiques : bris de vitres; agitation nocturne; lamentations. Allonal, 0 gr. 10 chaque soir. On observe un sommeil qui dure d'abord quelques heures, puis toute la nuit.

OBSERVATION XIV.

(COMBEMALE.)

Léontine D..., 35 ans. Excitation maniaque chez une débile. Entrée le 19 mars, la malade présentait une grosse agitation mo-

trice et verbale, tant diurne que nocturne. Elle fut traitée par l'allonal le 21 (0 gr. 10 chaque soir). On observa un sommeil calme d'une durée de sept heures, ainsi qu'une sédation de l'agitation nocturne.

OBSERVATION XV.

(COURTEVILLE.)

Mme V..., 49 ans. Mélancolie anxieuse. Idées d'auto-accusation. Préoccupations hypochondriaques. La malade s'agite toutes les nuits, pleure et gémit. Allonal : 0 gr. 10 chaque soir. Sommeil calme dès la première nuit.

OBSERVATION XVI.

(COMBEMALE.)

A..., 25 ans. Délire chronique de persécution et troubles du caractère. Présente des crises fréquentes de colère. Insomnie et agitation. Allonal : 0 gr. 10 chaque soir. Effet nul les deux premiers jours, la troisième nuit, trois heures de sommeil; dort huit heures la quatrième nuit et les suivantes.

OBSERVATION XVII.

(Personnelle. Service du docteur ABADIE.)

Mme R. G..., 40 ans. A présenté à la suite d'un traumatisme sur la face une crise d'épilepsie bravais-jacksonnienne suivie d'une hémiplégie transitoire qui a régressé en quarante-huit heures. Aucun antécédent spécifique. L'hémiplégie a complètement disparu et les crises ne se sont pas renouvelées. Mais, par la suite, la malade a présenté une céphalée localisée à la région temporo-pariétale gauche, non augmentée par la pression ni la percussion. Pas de stase papillaire, pas d'hypertension ni d'albuminose du liquide céphalo-rachidien. Mise au traitement antispécifique; biodure et sulfarséno-benzol, elle s'est plaint de n'avoir aucun sommeil, et d'éprouver des périodes d'angoisse nocturne. Le jour, à l'occasion des piqûres ou de petites con-

trariétés, elle présente des paroxysmes anxieux. On lui donne de l'allonal à la dose de deux comprimés par jour, l'un vers 5 heures de l'après-midi, l'autre avant le coucher. Les manifestations anxieuses de la journée ont persisté, peut-être un peu atténuées, mais la malade a déclaré dormir la nuit d'un sommeil parfaitement calme; le réveil est suivi d'une impression de bien-être.

OBSERVATION XVIII.

(Personnelle. Service du professeur PERRENS.)

Mme C..., 42 ans, entre à l'asile pour délire chronique de persécution. Elle se livre à des scènes d'une violence inouïe, injurie grossièrement son entourage, brise des vitres. A menacé de mettre le feu et a été trouvée gesticulant, armée d'un revolver. Elle est internée à la suite d'une de ces crises. Depuis son entrée à l'asile, aucun changement n'est constaté dans son état; elle se répand constamment en propos injurieux et menaces. Elle gesticule sans cesse, se montre violente et écriarde. La nuit se passe en cris, en gémissements, en récriminations. On lui donne d'abord deux comprimés d'allonal, puis trois : le premier une demi-heure avant le repas du soir, les deux autres deux heures après. On constate une amélioration dans l'état d'excitation de la malade. L'agitation diurne ne semble pas très sensiblement influencée, mais, la nuit, la malade est calme quoique le sommeil soit d'une durée assez irrégulière.

OBSERVATION XIX.

(Personnelle. Service du professeur PERRENS.)

Mme D..., 37 ans. Déséquilibrée mentale, impulsive faisant preuve d'une absence complète de sentiments d'affectivité. La malade présente depuis quelques jours un délire mystique, abandonne sa famille pour courir les églises et obséder les prêtres de questions puériles et ridicules. Elle présente des crises d'agitation violente, entre sans raison sérieuse dans des colères furieuses, invective et menace. La nuit, elle crie et se démène au point que l'on doit la faire descen-

dre à la salle de surveillance. On lui donne de l'allonal à la dose de trois comprimés de 0 gr. 16 en vingt-quatre heures. Dès le début du traitement, le sommeil apparaît, d'une durée variable, mais la malade reste calme toute la nuit.

OBSERVATION XX.

(Personnelle. Service du professeur PERRENS.)

R. J..., 41 ans, atteinte de troubles psychiques consistant en idées délirantes systématisées, avec hallucinations psycho-sensorielles. La malade présente des réactions violentes, se croit ensorcelée par une voisine qui agit sur elle et fait développer en elle une grossesse anormale. Elle se livre à des actes de violence sur son entourage, présente des crises d'agitation paroxystique pendant lesquelles elle brise les objets qui se trouvent à sa portée. La parole est confuse, l'articulation est mauvaise et arrive par moments au bredouillement.

Actuellement, état d'agitation constante avec crises de colère spontanées. Nous donnons à la malade trois, puis quatre comprimés d'allonal sans obtenir la moindre amélioration. Nous devons ajouter qu'avec tous les autres hypnotiques dont l'action fut tentée, les résultats ne furent pas plus satisfaisants.

OBSERVATION XXI.

(Personnelle. Service du professeur PERRENS.)

Mme D..., 61 ans, entre à l'asile sur sa demande. Vers 18 ans, elle présente une période très émotive. Elle se marie et a, à 35 ans, une grossesse accompagnée et suivie d'hémorragies graves. L'enfant qui présentait une persistance du trou de Botal meurt à un an. La malade souffre à ce moment de crises d'étouffements que le médecin qualifie d'hystériques. Par la suite, la malade éprouve un besoin incessant de remuer, de marcher; elle est en proie à des désirs qu'elle juge incompréhensibles : elle a envie de tuer.

La malade se remet et redevient normale. En 1923, elle res-

sent brusquement, en même temps qu'une grande faiblesse, des douleurs « intolérables » dans tout le corps; elle est en proie à une tristesse irraisonnée et fait deux tentatives de suicide. A l'examen, elle présente un visage intelligent, une mimique expressive, passant avec une grande rapidité du masque de la joie à celui de la douleur profonde. Ses préoccupations concernent surtout son état de santé. « Son mal est incurable, tous ses muscles se sont retirés et elle sera bientôt paralysée. Sa faiblesse est trop grande pour pouvoir jamais être surmontée. » L'état général est bon mais la malade dit souffrir « horriblement » de la tête, des yeux, des membres et de la colonne vertébrale. Ces douleurs (dont elle semble exagérer considérablement la violence), jointes aux préoccupations qui l'obsèdent, tiennent la malade éveillée à peu près toutes les nuits. L'allonal est prescrit à la dose de deux, puis trois comprimés par vingt-quatre heures. On obtient une amélioration sensible du sommeil qui, tantôt de quatre ou cinq heures seulement, dure parfois toute la nuit. La malade affirme que ses douleurs sont sensiblement moins violentes qu'avant le traitement par l'allonal.

OBSERVATION XXII.

(Personnelle. Service du professeur PERRENS.)

Mlle X..., âgée de 33 ans est entrée à l'asile, sur sa demande, en juillet 1924. Intelligente et travailleuse, elle avait commencé de bonnes études mais se trouva bientôt en proie à une grande fatigue physique qui la détermina à abandonner son travail. Sa timidité déjà grande s'accrut sensiblement, s'encombrait de scrupules imaginaires ou exagérés; son caractère devint irritable et la malade supportait difficilement de vivre avec ses parents, se plaignant de la tutelle un peu rude de son père. Cet état anxieux existait depuis peu lorsque, brusquement, s'éveillant au milieu de la nuit, Mlle X... ressentit au niveau de son sein droit une petite tumeur. Elle en conçut une terreur effroyable et se précipita tout en pleurs dans la chambre de sa mère dont les raisonnements ni les prières n'arrivèrent à la calmer. Un docteur consulté à ce sujet reconnut l'existence de la tumeur : un tuberculome qui fut opéré par la suite. Cette opé-

ration, ni les affirmations de plusieurs médecins n'arrivèrent à lever toutes ses craintes. C'est à ce moment que naquit en son esprit une idée obsédante : ses cheveux n'étaient point assez beaux et, pendant des heures, devant sa glace, elle construisait et détruisait tour à tour des coiffures savamment combinées, jamais satisfaite de l'édifice de sa chevelure. Elle ne s'affranchit de cette obsession que lorsque la mode lui permit de supprimer en partie la source de ses soucis : elle se coupa les cheveux. A la suite de ces crises, la malade est admise à l'asile. Elle présente des signes de fatigue et d'asthénie générale. Elle ne porte plus d'intérêt à rien : la musique et les livres, qui la passionnaient autrefois, n'ont plus pour elle aucun attrait; elle a écrit à ses parents de ne plus venir la visiter. Sa parole est monotone et son activité utile à peu près nulle. Au point de vue physique : jeune fille chétive et menue, au teint pâle, se plaignant de fatigue continuelle et de douleurs siégeant à la tête, au sein et à l'abdomen. La malade ne dort pas ou seulement une heure ou deux après lesquelles elle se réveille la tête lourde, les yeux fatigués. Cette insomnie devrait être attribuée non seulement aux douleurs dont elle souffre, mais aussi à une surexcitation anxieuse qu'elle ne saurait attribuer à aucune cause précise. L'allonal est donné à la dose de deux comprimés, puis trois par vingt-quatre heures. Le traitement a été continué un mois et demi. Les deux premiers jours, la malade a trouvé un sommeil un peu plus prolongé que précédemment, mais cette amélioration n'a pas persisté et la malade ne semble plus retirer aucun bénéfice de l'allonal. Les médicaments prescrits avant l'allonal étaient également demeurés sans résultats.

OBSERVATION XXIII.

(Personnelle. Service du professeur PERRENS.)

Mme C..., 64 ans, entre à l'asile le 4 novembre 1925. Elle est atteinte de troubles mentaux caractérisés par une dépression psychique généralisée, avec tristesse morbide, pleurs et lamentations. Elle se plaint constamment de sensations corporelles pénibles et douloureuses (tiraillements, rongements), plus ou moins bien localisées dans

le tronc et la tête. Crises fréquentes d'agitation anxieuse avec redoublement des plaintes. La malade présente des idées de suicide mais n'a jamais fait de tentative. Craintes imaginaires, idées d'incurabilité, insomnie. Cette crise a débuté il y a trois mois. Des accès analogues et d'une durée de cinq à six mois étaient déjà survenus en 1911, 1915 et 1919. On donne à la malade deux comprimés d'allonal chaque soir. Dès les premières nuits, le sommeil apparaît, calme, d'une durée variant de trois à sept heures. Les douleurs seraient également moins violentes.

OBSERVATION XXIV.

(Personnelle. Service du professeur PERRENS.)

Mme L..., 65 ans, entrée à l'asile le 21 septembre 1925, présente un délire polymorphe où dominent des idées mélancoliques : idées de ruine, d'indignité et de suicide. Mais on y rencontre aussi des idées de persécution qui rendent, par moments, la malade très agressive. La nuit, elle a peur mais ne sait préciser le sujet de sa frayeur; elle crie, gémit et ne dort pas. L'allonal, à la dose de deux comprimés par vingt-quatre heures, lui procure des nuits calmes et un sommeil d'une durée variable. L'amélioration est sensible et se poursuit après plus d'un mois de traitement.

OBSERVATION XXV.

(Personnelle. Service du professeur PERRENS.)

Mme A..., entre à l'asile pour délire chronique. La malade a des crises d'une grande violence, frappe son entourage et passe ses journées et ses nuits à gesticuler et à crier.

L'allonal donné à la dose de trois comprimés par vingt-quatre heures n'apporte aucune amélioration dans l'état de la malade. Pas de sommeil, même agitation.

Expérimentant, d'autre part, sur des camarades et sur nous-même, il nous a été permis de préciser plusieurs points concernant l'action de l'allonal.

Les doses thérapeutiques varient de un à quatre comprimés de 0 gr. 16 centigrammes. Mais ce maximum s'entend pour une durée de vingt-quatre heures et paraît trop élevé pour une dose unique. Mondain, externe des hôpitaux, souffrant d'une céphalée violente, absorba, coup sur coup, quatre comprimés de 0 gr. 16 d'allonal. Dix minutes plus tard, ses camarades le virent étendu dans un fauteuil, un livre sur les genoux et dormant profondément. Ils le déshabillèrent et le couchèrent sans provoquer le réveil. Le sommeil dura seize heures. Le lendemain, Mondain éprouva des vertiges violents et se plaignit d'une envie de dormir irrésistible. Il se recoucha vers cinq heures de l'après-midi pour se réveiller à sept heures le lendemain matin. Une dose excessive eut donc pour résultat des vertiges et une action anormalement prolongée.

Dans les excitations faibles et les douleurs peu violentes, un comprimé, parfois deux sont administrés environ une demi-heure avant le moment auquel on veut obtenir le sommeil, mais à condition que cela soit deux heures après le dernier repas. Si la dose de trois comprimés doit être atteinte, il nous paraît préférable de faire absorber un comprimé une demi-heure avant le repas du soir, les deux autres deux heures après.

L'action sur le système circulatoire nous semble nulle. Recherchant, chez un camarade et chez nous-même le nombre de pulsations et la tension artérielle, le soir avant l'absorption de deux comprimés d'allonal et le matin, au réveil, nous avons obtenu respectivement :

1° : Soir, 72 pulsations; T. A. : Mx, 16; Mn, 9;

Réveil, 68 pulsations; T. A. : Mx, 16; Mn, 9;

- 2° : Soir, 66 pulsations; T. A. : Mx, 14; Mn, 8;
Réveil, 63 pulsations; T. A. : Mx, 14; Mn, 8;
Réveil après sommeil sans allonal : 66 pulsations;
T. A. : Mx, 14,5; Mn, 8.

Le nombre de mouvements respiratoires était légèrement plus faible au réveil que la veille au soir, mais la différence était assez peu considérable pour être admise comme normale.

Afin de nous rendre compte de la restitution complète, au réveil, des fonctions cérébrales, nous nous sommes astreint à rechercher des noms propres et à réciter des vers. Nous avons conclu à une rapidité normale d'évocation.

CONCLUSIONS

L'allonal est l'association d'un hypnotique, l'acide isopropylpropenylbarbiturique avec un analgésique : l'amidopyrine. Les résultats que nous avons obtenus à l'aide de ce médicament peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Sa toxicité est nulle aux doses thérapeutiques (un à quatre comprimés par vingt-quatre heures), et nous avons vu dans l'Observation IX qu'il est toléré dans un cas où salicylate, aspirine et antipyrine provoquent des vomissements;

2° Action sur la circulation : nous n'avons jamais constaté de modifications de la fréquence du pouls ni de la tension artérielle à la suite d'absorption d'allonal;

3° Réveil rapide et non suivi d'impotence cérébrale;

4° Efficacité : A. En neurologie, nous sommes d'accord avec Petiteau, Mallein-Guérin et Sydney-Kuh pour la juger satisfaisante. Toutes nos observations ont été positives et nous estimons que l'allonal est le spécifique des insomnies douloureuses;

B. En psychiatrie, nous n'avons pas obtenu de succès aussi constants que les auteurs de Lille ni que les auteurs américains. Si nous estimons que l'allonal peut rendre de véritables services, nous devons, à cette constatation, apporter quelques réserves. L'allonal nous a permis d'obtenir, chez quatre mélancoliques (Observations XVII, XXI, XXIII, XXIV), non pas, directement, une amélioration de leur psychose, mais le calme et le sommeil, résultat fort appréciable puisqu'il permet, dans

une certaine mesure, de relever l'état général dont l'altération peut être à l'origine de la psychose. Chez deux excitées (Obs. XVIII, XIX), nous avons obtenu une amélioration : un calme et un sommeil assez satisfaisants. Mais, dans les états de grande excitation (Obs. XX et XXV) nous estimons que la dose maxima, fixée à quatre comprimés est insuffisante. Peut-être pourrait-on obtenir une sédation plus complète en augmentant progressivement et prudemment les quantités prescrites pour atteindre des doses plus élevées que celles que nous n'avons pas cru pouvoir nous permettre de dépasser.

Nous devons ajouter que M. le professeur Sabrazès a obtenu des résultats satisfaisants et conseille vivement l'emploi de l'allonal dans le traitement du zona.

Vu : *Le Doyen,*

G. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

R. CRUCHET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1925.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,

G. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BARDET. -- Contribution à l'étude des hypnotiques uréiques. *Bulletin général de thérapeutique*, avril 1924.
- BURNS. -- A new non narcotic drug which is both hypnotic and analgesic. *New-York medical Journal*, avril 1922.
- COMBEMALE, COURTEVILLE et NAYRAC. -- Sur l'emploi thérapeutique de l'allonal. *Pratique médicale française*, avril 1923.
- COMBEMALE. -- L'insomnie, son traitement. *Pratique médicale française*, avril 1922.
- DINKELSPIEL. -- Analgesia and sleep without narcosis. *The American physician*, septembre 1922.
- HAMEL. -- Étude critique d'une thérapeutique de l'agitation et de l'insomnie. Thèse de Nancy, 1909.
- HAMMOND. -- Maladies du système nerveux.
- KUH SYDNEY and GERTY. -- Clinical experiences with a new hypnotic analgesic. *The therapeutic Gazette*, avril 1923.
- MALLEIN-GUÉRIN. -- Douleur et insomnie. *Concours médical*, avril 1924.
- MONTAGNAC. -- Du sommeil et de l'insomnie. Thèse de Toulouse, 1907.
- PETITEAU. -- L'allonal en médecine générale, et plus particulièrement en stomatologie. Thèse de Lyon, 1924.
- POUCHET. -- Médication analgésique et hypnotique. Étude chimique, physiologique et pharmaco-dynamique de l'allonal. *Progrès médical*, 21 juin 1924.
- REDONNET. -- Recherches comparatives sur l'action pharmaco-dynamique des dérivés de l'acide barbiturique.
- WIKI. -- Recherches pharmaco-dynamiques sur les somnifères de la série uréique. *Archives pharmaco-dynamiques*, fasc. I et II, 1922.

